



Yo, _____, autorizo a KFMC a discutir mi información médica y de salud con el fin de coordinar mejor mi cuidado, con las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____

Tel. Casa _____ Tel. Celular: _____

Dirección: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Tel. Casa _____ Tel. Celular: _____

Dirección: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Tel. Casa _____ Tel. Celular: _____

Dirección: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Tel. Casa _____ Tel. Celular: _____

Dirección: _____

Firma: _____ Fecha: _____